

**WASHINGTON STATE
DUI ARREST REPORT**
**REPORT OF BREATH / BLOOD TEST FOR ALCOHOL OR
REFUSAL TO SUBMIT TO BREATH / BLOOD TEST FOR ALCOHOL AND DRUGS**

SUBJECT'S NAME (LAST, FIRST, MI)		SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DATE OF BIRTH	DATE / TIME OF ARREST
STREET ADDRESS		CITY / STATE/ ZIP CODE		
DRIVER'S LICENSE NUMBER	STATE	COUNTY OF ARREST	CASE / CITATION NUMBER	

Type of Test: Breath Blood

BAC Readings: 1st Sample _____ 2nd Sample _____ Refused Test _____

The subject was lawfully arrested. At that time, there were reasonable grounds to believe that the arrested person had been driving or was in actual physical control of a motor vehicle within this state while under the influence of intoxicating liquor or drugs, or both, or was under the age of twenty-one years and had been driving or was in actual physical control of a motor vehicle while having an alcohol concentration in violation of RCW 46.61.503.

After receipt of the warnings required by subsection (2) of RCW 46.20.308, a test was administered and the results indicated that the alcohol concentration of the person's breath or blood was 0.08 or more if the person is age twenty-one or over, or was in violation of RCW 46.61.502, 46.61.503, or 46.61.504 if the person is under the age of twenty-one. OR

After receipt of the warnings required by subsection (2) of RCW 46.20.308, the person refused to submit to a test of his/her blood or breath.

Driver's Hearing Request Information was given to the subject. Valid Washington driver's license/permit punched.

Notice of Right to Hearing: I have been given written notice of my right to a hearing including the steps required to obtain a hearing, and understand that the notice of suspension, revocation, or denial of license will be mailed to the address furnished on the above portion of this document. I acknowledge that the address indicated is my current address.

SIGNATURE OF DRIVER _____ DATE _____

Complete this box ONLY if the arrested person was driving a commercial motor vehicle as defined in Chapter 46.25 RCW at the time of the incident.

Operating a Vehicle Requiring a Commercial Driver's License BAC Readings 1st Reading _____ 2nd Reading _____ Refused Test _____

There was probable cause to believe that the arrested person was driving or was in actual physical control of a vehicle requiring a commercial driver's license within this state while having alcohol/drugs in his/her system and that a test of his/her breath and/or blood disclosed an alcohol concentration of 0.04 or more. Chapter 46.25 RCW OR

There was probable cause to believe that the arrested person was driving or was in actual physical control of a vehicle requiring a commercial driver's license within this state while having alcohol/drugs in his/her system. The arrested person was requested to take a breath/blood test and informed of the consequences of refusal and his/her rights under Chapter 46.25 RCW. The arrested person then refused to submit to the requested test.

VEH YEAR	MAKE	MODEL	LICENSE PLATE NUMBER	STATE	HAZARDOUS MATERIAL? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
----------	------	-------	----------------------	-------	--

I certify (or declare) under penalty of perjury under the laws of the state of Washington that the foregoing and the accompanying reports/copies of documents and the information contained therein are true, correct, and accurate. (RCW 9A.72.085.)

LAW ENFORCEMENT AGENCY _____ ORI NO. (9 digits) _____ OFFICER'S SIGNATURE _____ DATE SIGNED _____

MAILING ADDRESS _____ PRINTED NAME OF OFFICER _____ BADGE NUMBER _____

()
 CITY _____ STATE _____ ZIP _____ PLACE SIGNED (city / county / state) _____ CONTACT PHONE NUMBER FOR HEARING (include area code) _____

OFFICERS: Fax or mail completed report, breath test document, and supplemental reports to:

**Department of Licensing
Driver Responsibility
PO Box 9030
Olympia, WA 98507-9030
Fax: (360) 570-7026**

Number of pages faxed _____

USE THIS PAGE AS COVER SHEET

WASHINGTON STATE
DUI ARREST REPORT

CASE / CITATION NUMBER
CASO / NÚMERO DE CITACIÓN

On the date, time and location of this arrest, I had authority to arrest pursuant to my agency's jurisdiction or RCW 10.93

CONSTITUTIONAL RIGHTS – DERECHOS CONSTITUCIONALES

1. You have the right to remain silent.
1. Usted tiene el derecho a guardar silencio.
2. You have the right at this time to an attorney.
2. Usted tiene el derecho en este momento a un abogado.
3. Anything you say can and will be used against you in a court of law.
3. Cualquier cosa que usted diga se puede usar y será usado en su contra en un tribunal judicial.
4. If you are under the age of 18, anything you say can be used against you in a Juvenile Court prosecution for a juvenile offense and can also be used against you in an adult court criminal prosecution if the juvenile court decides that you are to be tried as an adult.
4. Si usted es menor de 18 años, cualquier cosa que usted diga se puede usar en su contra en una acción procesal en el tribunal de menores por un delito juvenil y también se puede usar en su contra en una acción penal en el tribunal de adultos si el tribunal de menores decide que a usted se le debe procesar como adulto.
5. You have the right to talk to an attorney before answering any questions.
5. Usted tiene el derecho a hablar con un abogado antes de responder cualquier pregunta.
6. You have the right to have an attorney present during the questioning.
6. Usted tiene el derecho a tener a un abogado presente durante el interrogatorio.
7. If you cannot afford an attorney, one will be appointed for you without cost, if you so desire.
7. Si usted no puede pagar por un abogado, se le asignará uno sin costo, si usted lo desea.
8. You can exercise these rights at any time.
8. Usted puede ejercer estos derechos en cualquier momento.
9. Do you understand these rights?
9. ¿Entiende usted estos derechos?

I have read or have had read to me the above explanation of my constitutional rights and I understand those rights.
He leído o alguien me ha leído la explicación antedicha de mis derechos constitucionales y entiendo esos derechos.

SUBJECT'S SIGNATURE – FIRMA DEL SUJETO _____

I UNDERSTAND MY CONSTITUTIONAL RIGHTS. I HAVE DECIDED NOT TO EXERCISE THESE RIGHTS AT THIS TIME. ANY STATEMENTS MADE BY ME ARE MADE FREELY, VOLUNTARILY, AND WITHOUT THREATS OR PROMISES OF ANY KIND.

YO ENTIENDO MIS DERECHOS CONSTITUCIONALES. HE DECIDIDO NO EJERCER ESTOS DERECHOS EN ESTE MOMENTO. CUALQUIER DECLARACIÓN HECHA POR MÍ, SE HACE LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE, SIN AMENAZAS NI PROMESAS DE NINGÚN TIPO.

OFFICER'S SIGNATURE / FIRMA DEL OFICIAL

SUBJECT'S SIGNATURE / FIRMA DEL SUJETO

DATE / TIME FECHA/HORA

LOCATION(s) LUGAR(es)

Constitutional rights (Miranda) were read in the field at _____ hours from the department issued rights card.
Los derechos constitucionales (Miranda) fueron leídos en terreno de la tarjeta de derechos emitida por el departamento a las _____ horas

ATTORNEY REQUESTED/ ABOGADO PEDIDO	ATTORNEY CONTACTED? TIME: ¿ABOGADO CONTACTADO?	ATTORNEY'S NAME NOMBRE DEL ABOGADO	ATTORNEY'S PHONE NO. TELÉFONO DEL ABOGADO
<input type="checkbox"/> YES/SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES/SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> UNABLE/NO SE PUDO		

EXPLANATION:
EXPLICACIÓN:

WASHINGTON STATE
DUI ARREST REPORT

CASE / CITATION NUMBER
CASO / NÚMERO DE CITACIÓN

**IMPLIED CONSENT WARNING FOR BREATH
ADVERTENCIA SOBRE EL CONSENTIMIENTO IMPLÍCITO PARA EL ALIENTO**

**WARNING! YOU ARE UNDER ARREST FOR:
¡ADVERTENCIA! USTED ESTÁ BAJO ARRESTO POR:
(check appropriate box[es])**

- RCW 46.61.502 OR RCW 46.61.504: Driving or being in actual physical control of a motor vehicle while under the influence of intoxicating liquor and/or drugs.
CRW 46.61.502 O CRW 46.61.504: Manejar o estar en control físico efectivo de un vehículo motorizado estando bajo la influencia de alcohol embriagante o drogas, o ambos.
- RCW 46.61.503: Being under 21 years of age and driving or being in actual physical control of a motor vehicle after consuming alcohol.
CRW 46.61.503: Ser menor de 21 años de edad y manejar o estar en control físico efectivo de un vehículo motorizado después de consumir alcohol.
- RCW 46.25.110: Driving a commercial motor vehicle while having alcohol in your system.
CRW 46.25.110: Manejar un vehículo comercial motorizado teniendo alcohol en su organismo.

Further, you are now being asked to submit to a test of your breath, which consists of two separate samples of your breath, taken independently, to determine alcohol concentration. You are now advised that you have the right to refuse this breath test; and that if you refuse: (a) your driver's license, permit, or privilege to drive will be revoked or denied by the department of licensing for at least one year; and (b) your refusal to submit to this test may be used in a criminal trial.

Más aún, ahora se le está pidiendo que se someta a un análisis de su aliento, que consiste en dos muestras por separado de su aliento, tomadas independientemente, para determinar la concentración de alcohol. Se le informa ahora que usted tiene el derecho a rehusarse a este análisis del aliento; y que si usted se rehusa: (a) su licencia de conducir, permiso o privilegio para manejar será revocado o negado por el departamento de licencias al menos por un año; y (b) que se podría usar en un juicio penal el hecho que usted se rehusó someterse a este análisis.

You are further advised that if you submit to this breath test, and the test is administered, your driver's license, permit, or privilege to drive will be suspended, revoked, or denied by the department of licensing for at least ninety days: (a) if you are age twenty-one or over and the test indicates the alcohol concentration of your breath is 0.08 or more; or (b) if you are under age twenty-one and the test indicates the alcohol concentration of your breath is 0.02 or more; or (c) if you are under age twenty-one and you are in violation of RCW 46.61.502, driving under the influence, or RCW 46.61.504, physical control of vehicle under the influence.

Se le informa además que si usted se somete a este análisis del aliento, y el análisis es administrado, su licencia de conducir, permiso, o privilegio para manejar será suspendido, revocado, o negado por el departamento de licencias al menos por 90 días: (a) si usted tiene veintiún años de edad o más y la prueba indica que la concentración de alcohol de su aliento es igual o mayor a 0.08; o (b) si es menor de veintiún años y la prueba indica que la concentración de alcohol de su aliento es igual o mayor a 0.02; o (c) si usted es menor de 21 años y se encuentra en violación del CRW 46.61.502, manejar bajo la influencia, o CRW 46.61.504, control físico de un vehículo bajo la influencia.

You have the right to additional tests administered by any qualified person of your own choosing.

Usted tiene el derecho a pruebas adicionales administradas por cualquier persona calificada seleccionada por usted mismo.

FOR COMMERCIAL DRIVERS ONLY: if you either (a) refuse this test or (b) submit to this test and the test indicates an alcohol concentration of 0.04 or more, you will be disqualified by the department of licensing from driving a commercial motor vehicle.

SOLO PARA CONDUCTORES COMERCIALES: si usted (a) se rehusa a este análisis o (b) se somete a este análisis y la prueba indica una concentración de alcohol igual o mayor a 0.04, usted será descalificado por el departamento de licencias para operar un vehículo comercial motorizado.

I have read the above statement to the subject.

He leído la declaración antedicha al sujeto.

I have read or have had read to me the above statement(s).

He leído o alguien me ha leído la(s) declaración(es) antedicha(s).

OFFICER'S SIGNATURE / FIRMA DEL OFICIAL

SUBJECT'S SIGNATURE / FIRMA DEL SUJETO

DATE / TIME - Fecha/Hora	LOCATION / Lugar	
WILL YOU NOW SUBMIT TO A BREATH TEST? ¿SE SOMETERÁ USTED AHORA A UN ANÁLISIS DEL ALIENTO?		<input type="checkbox"/> YES/SÍ <input type="checkbox"/> NO <small>□ YES □ NO</small>
Did subject express any confusion regarding the implied consent warnings? <u>If yes, explain below.</u> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		

DO YOU HAVE ANY FOREIGN SUBSTANCE IN YOUR MOUTH? ¿TIENE ALGO DENTRO DE SU BOCA? <input type="checkbox"/> YES/SÍ <input type="checkbox"/> NO	MOUTH CHECKED? TIME? □ YES <input type="checkbox"/> NO	2 ND MOUTH CHECK? (If Necessary) TIME? □ YES <input type="checkbox"/> NO	ANY FOREIGN SUBSTANCES FOUND? EXPLAIN: □ YES <input type="checkbox"/> NO REMOVED <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
PBT READING	PBT TIME	<input type="checkbox"/> I was certified to operate the BAC DATAMASTER / PBT and possessed a valid permit issued by the State Toxicologist for this purpose on the date of this test.	
<input type="checkbox"/> I performed the PBT test in accordance with the State Toxicologist's protocols (Chapter 448-15 WAC)			
<input type="checkbox"/> I observed the subject during the entire observation period.			
<input type="checkbox"/> During that time, the subject did not vomit, eat, drink, smoke, or place any foreign substance in his/her mouth.			
<input type="checkbox"/> BOOKED RELEASED TO: <input type="checkbox"/> PR'D			

**WASHINGTON STATE
DUI ARREST REPORT
DUI INTERVIEW**

CASE / CITATION NUMBER
CASO / NÚMERO DE CITACIÓN

1. DO YOU HAVE ANY PHYSICAL IMPAIRMENTS? EXPLAIN: 1. ¿TIENE USTED ALGUN PROBLEMA FÍSICO? EXPLIQUE: <input type="checkbox"/> YES / Sí <input type="checkbox"/> NO		13. ANYTHING MECHANICALLY WRONG WITH THE VEHICLE? 13. ¿ALGÚN PROBLEMA MECÁNICO CON EL VEHÍCULO? <input type="checkbox"/> YES/ Sí <input type="checkbox"/> NO	
2. DO YOU LIMP? / 2. ¿COJEA AL CAMINAR? <input type="checkbox"/> YES/ Sí <input type="checkbox"/> NO		14. HAVE YOU BEEN INJURED OR INVOLVED IN ANY COLLISION(S) IN THE PAST 24 HOURS? / ¿EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS, HA SUFRIDO LESIONES O HA ESTADO ENVUELTO EN ALGÚN ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> YES/ Sí <input type="checkbox"/> NO	
3. ARE YOU SICK / INJURED? EXPLAIN: 3. ¿ESTA ENFERMO / LESIONADO? EXPLIQUE: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		15. HAVE YOU HAD ANY ALCOHOL TO DRINK SINCE BEING STOPPED / THE COLLISION? <input type="checkbox"/> YES/ Sí <input type="checkbox"/> NO 15. ¿TOMÓ ALGO DE ALCOHOL DESPUÉS QUE LO PARARON / DEL CHOQUE?	
4. UNDER CARE OF A DOCTOR OR DENTIST? 4. ¿ESTA BAJO CUIDADO DE UN DOCTOR O DENTISTA? <input type="checkbox"/> YES/ Sí <input type="checkbox"/> NO		15A. WHAT? / ¿QUÉ? <input type="checkbox"/>	15B. HOW MUCH? 15B. ¿CUÁNTO? <input type="checkbox"/>
5. ARE YOU DIABETIC / EPILEPTIC? 5. ¿ES USTED DIABÉTICO O EPILEPTICO? <input type="checkbox"/> YES/ Sí <input type="checkbox"/> NO		16. TIME COLLISION OCCURRED? / ¿HORA DEL CHOQUE? 17. WHERE WERE YOU GOING BEFORE STOPPED / THE COLLISION? 17. ¿ADÓNDE IBA ANTES QUE LO PARARAN / ANTES DEL CHOQUE?	
6. DO YOU TAKE INSULIN? 6. ¿TOMA INSULINA? <input type="checkbox"/> YES/ Sí <input type="checkbox"/> NO	7. HAVE YOU TAKEN ANY MEDICINES/DRUGS IN THE PAST 24 HOURS? <input type="checkbox"/> YES/Sí <input type="checkbox"/> NO 7. ¿HA TOMADO MEDICINAS/DROGAS EN LAS ÚLTIMAS 24 HORAS?	18. WITHOUT LOOKING, WHAT TIME DO YOU THINK IT IS? 18. SIN MIRAR, ¿QUÉ HORA CREE QUE ES?	(ACTUAL TIME) (HORA REAL)
7A. PRESCRIPTION? 7A. ¿RECETADA? <input type="checkbox"/> YES/ Sí <input type="checkbox"/> NO		19. WHAT STREET / HIGHWAY WERE YOU ON? 19. ¿POR CUÁL CALLE O CARRETERA IBA?	20. DIRECTION OF TRAVEL? / ¿EN QUÉ DIRECCIÓN IBA?
7B. NON-PRESCRIPTION? 7B. ¿NO RECETADA? <input type="checkbox"/> YES/ Sí <input type="checkbox"/> NO		21. STARTED FROM? / ¿DE DÓNDE SALIÓ?	22. TIME STARTED? / ¿A QUÉ HORA SALIÓ?
7C. LAST DOSE? / ¿ÚLTIMA DOSIS?	7D. QUANTITY? ¿CANTIDAD?	23. DAY OF THE WEEK? / ¿DÍA DE LA SEMANA? LUNES MARTES MIERCOLES JUEVES VIERNES SÁBADO DOMINGO <input type="checkbox"/> Mon <input type="checkbox"/> Tues <input type="checkbox"/> Wed <input type="checkbox"/> Thurs <input type="checkbox"/> Fri <input type="checkbox"/> Sat <input type="checkbox"/> Sun	
7E. COCAINE? 7E. ¿COCAÍNA? <input type="checkbox"/> YES/ Sí <input type="checkbox"/> NO	MARIJUANA? ¿MARIHUANA? <input type="checkbox"/> YES/ Sí <input type="checkbox"/> NO	OTHER? ¿OTRA? <input type="checkbox"/> YES/ Sí <input type="checkbox"/> NO	24. WHAT CITY / COUNTY ARE YOU IN NOW? 24. ¿EN QUÉ CIUDAD/CONDADO ESTÁ AHORA? 25. WHAT IS THE DATE? 25. ¿CUÁL ES LA FECHA?
8. DO YOU HAVE IMPAIRED VISION? 8. ¿TIENE PROBLEMAS A LA VISTA? <input type="checkbox"/> YES/ Sí <input type="checkbox"/> NO	8A. DO YOU WEAR CORRECTIVE LENSES? 8A. ¿USA LENTES PARA CORREGIR LA VISTA? <input type="checkbox"/> YES/ Sí <input type="checkbox"/> NO	26. HAVE YOU BEEN DRINKING ALCOHOLIC BEVERAGES? 26. ¿HA ESTADO TOMANDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS? <input type="checkbox"/> YES/ Sí <input type="checkbox"/> NO	26A. WHAT HAVE YOU BEEN DRINKING? 26A. ¿QUÉ HA ESTADO TOMANDO?
8B. WERE YOU WEARING THEM WHEN YOU WERE STOPPED / BEFORE COLLISION? <input type="checkbox"/> YES/ Sí <input type="checkbox"/> NO 8B. ¿LOS TENÍA PUESTOS CUANDO LO PARARON / ANTES DEL CHOQUE?		26B. HOW MUCH? / ¿CUÁNTO?	26C. WHEN DID YOU START? 26C. ¿CUÁNDΟ EMPEZÓ?
9. WHERE DO YOU WORK? 9. ¿DÓNDE TRABAJA?	9A. DID YOU WORK TODAY? 9A. ¿TRABAJÓ HOY?	10. TIME YOU GOT OFF WORK? 10. ¿HORA QUE SALIÓ DEL TRABAJO?	27. WHO HAVE YOU BEEN DRINKING WITH? 27. ¿CON QUIÉN HA ESTADO TOMANDO?
11. HOURS OF SLEEP LAST NIGHT? 11. ¿CUÁNTAS HORAS DURMIÓ ANOCHE?	12. WERE YOU DRIVING THE VEHICLE? 12. ¿ESTABA MANEJANDO EL VEHÍCULO? <input type="checkbox"/> YES/ Sí <input type="checkbox"/> NO	29. TIME OF LAST DRINK? 29. ¿HORA DEL ÚLTIMO TRAGO?	30. DO YOU BELIEVE YOUR ABILITY TO DRIVE WAS AFFECTED BY YOUR ALCOHOL AND/OR DRUG USAGE? / 30. ¿CREE USTED QUE SU USO DE ALCOHOL Y/O DROGAS AFECTÓ SU CAPACIDAD PARA CONDUCIR?

If drug use indicated, please contact WSP Communications or local DRE after breath test and continue with DUI process.

PRE-ARREST OBSERVATIONS

1. ATTITUDE <input type="checkbox"/> COOPERATIVE <input type="checkbox"/> MOOD SWINGS <input type="checkbox"/> ARGUMENTATIVE <input type="checkbox"/> CRYING <input type="checkbox"/> LAUGHING <input type="checkbox"/> OTHER:	2. COORDINATION <input type="checkbox"/> GOOD <input type="checkbox"/> FAIR <input type="checkbox"/> POOR <input type="checkbox"/> FUMBLED FOR DRIVER'S LICENSE <input type="checkbox"/> OTHER:	3. CLOTHES <input type="checkbox"/> ORDERLY <input type="checkbox"/> SOILED – EXPLAIN <input type="checkbox"/> OTHER: EXPLAIN <input type="checkbox"/> SHOES (Describe)	4. EYES <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> WATERY <input type="checkbox"/> DROOPY <input type="checkbox"/> BLOODSHOT <input type="checkbox"/> PUPILS DILATED <input type="checkbox"/> PUPILS CONSTRICTED <input type="checkbox"/> OTHER:	5. FACIAL COLOR <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FLUSHED <input type="checkbox"/> PALE <input type="checkbox"/> OTHER:	6. ODOR OF INTOXICANTS ON BREATH <input type="checkbox"/> NONE <input type="checkbox"/> FAINT <input type="checkbox"/> MEDIUM <input type="checkbox"/> STRONG <input type="checkbox"/> OBVIOUS <input type="checkbox"/> OTHER:	7. SPEECH <input type="checkbox"/> GOOD <input type="checkbox"/> FAIR <input type="checkbox"/> REPETITIVE <input type="checkbox"/> FAST <input type="checkbox"/> SLURRED <input type="checkbox"/> OTHER:
8. OFFICER'S OPINION (of subject's impairment due to use of alcohol/drugs) <input type="checkbox"/> SLIGHT <input type="checkbox"/> OBVIOUS <input type="checkbox"/> EXTREME		9. SUBJECT'S NATIVE LANGUAGE <input type="checkbox"/> ENGLISH <input type="checkbox"/> OTHER		9A. SUBJECT APPEARED TO UNDERSTAND INSTRUCTIONS <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
9B. INTERPRETER REQUESTED? EXPLAIN BELOW: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO TIME:				INTERPRETER PROVIDED		
10. PASSENGER(S) INFORMATION						

**WASHINGTON STATE
DUI ARREST REPORT
SOBRIETY TESTS**

CASE / CITATION NUMBER

<u>SURFACE</u>				<u>GRADE</u>			<u>LIGHTING</u>		
<input type="checkbox"/> PAVED	<input type="checkbox"/> GRAVEL	<input type="checkbox"/> DIRT	<input type="checkbox"/> GRASS	<input type="checkbox"/> LEVEL	<input type="checkbox"/> SLIGHT GRADE	<input type="checkbox"/> MODERATE GRADE	<input type="checkbox"/> DAYLIGHT	<input type="checkbox"/> DARK	<input type="checkbox"/> STREET LIGHT
				<input type="checkbox"/> OTHER			<input type="checkbox"/> OTHER		

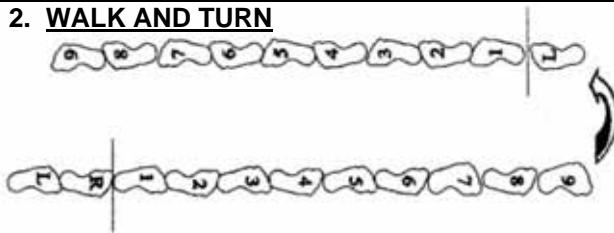
1. HORIZONTAL GAZE NYSTAGMUS (HGN)

I have been trained in the administration of HGN testing and performed the test in accordance with this training.

EQUAL TRACKING	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	L	R	Lack of smooth pursuit	VERTICAL NYSTAGMUS	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO
EQUAL PUPILS	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distinct and continuous nystagmus at max deviation			
RESTING NYSTAGMUS	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angle of onset prior to 45 degrees			

COMMENTS:

2. WALK AND TURN



<input type="checkbox"/> Cannot keep balance	<input type="checkbox"/> Starts too soon
1 st Nine Steps	2 nd Nine Steps
Stops Walking	
Miss Heel – Toe	
Steps off line	
Raises arms	
Actual # steps	

DESCRIBE TURN

CANNOT DO TEST (EXPLAIN)

COMMENTS:

3. ONE LEG STAND



L	R	
		Sways while balancing
		Uses arms for balance
		Hopping
		Puts foot down

COMMENTS:

SUPPLEMENTAL TESTS

ABC'S A B C D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z

<u>BALANCE</u>	<u>NOTES</u>	<u>FINGER DEXTERITY</u>	<u>NOTES</u>	<u>FINGER TO NOSE</u>
				<p><input type="radio"/> Right <input type="checkbox"/> Left</p> <p>Draw lines from spots touched.</p>

**WASHINGTON STATE
DUI ARREST REPORT
NARRATIVE**

CASE / CITATION NUMBER

Vehicle in Motion (Initial Observation, Observation of Stop):

Personal Contact (Observation of driver, statements, pre-exit, sobriety tests, observation of the exit, odors, general observations such as speech, attitude, clothing, etc.)

Pre-Arrest Screening (Field Sobriety Tests):

Administrative Process (BAC and Disposition):

I certify (declare) under penalty of perjury under the laws of the state of Washington that the foregoing is true and correct. (RCW 9A.72.085.)

OFFICER'S SIGNATURE

BADGE NUMBER

PRINTED NAME OF OFFICER

BADGE NUMBER

AGENCY

PLACE SIGNED (city / county / state)

DATE SIGNED

Take special note that the "Special Evidence Warning" as well as the "Implied consent for blood and voluntary blood/urine/breath" will no longer be part of this packet and are available as a stand-alone form. These forms will be available through your agency or the Washington State Patrol.

DRIVER'S HEARING REQUEST / SOLICITUD DE AUDIENCIA DEL CONDUCTOR

CASE / CITATION NUMBER
CASO / NÚMERO DE CITACIÓN

Pursuant to RCW 46.20.308, this serves as your notice of the Department of Licensing's intent to suspend, revoke or deny your license, permit, or privilege to drive. The hearing will be conducted according to Chapter 308-103 WAC.

Según el CRW 46.20.308, ésta es su notificación de que el Departamento de Licencias tiene la intención de suspender, revocar o negarle su licencia, el permiso, o el privilegio de conducir. La audiencia se realizará según el Capítulo 308-103 WAC

You have the right to request a formal hearing to contest the suspension, revocation or denial. Your request must be made within thirty (30) days after receipt of this notice, and may be made either online or in writing. A fee of \$100.00 must be paid as part of the hearing request unless you are determined to be indigent as defined in RCW 10.101.010. If your request is not made within thirty (30) days from receipt of this notice, or the \$100 fee or Application for Fee Waiver Due to Indigence is not included, you will be deemed to have waived your right to a hearing.

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia formal para disputar la suspensión, revocación o denegación. Debe presentar su solicitud dentro del plazo de (30) días a partir de la fecha de recibo de éste aviso, y lo puede hacer por escrito o en línea. A menos que se determine que es indigente de acuerdo a la definición en el CRW 10.101.010, se tiene que pagar una tasa de \$100 para solicitar la audiencia. Si no presenta su solicitud dentro del plazo de treinta (30) días a partir de la fecha de recibo de éste aviso, o si no incluye la tasa de \$100, o si no se adjunta la Solicitud de Exoneración de la Tasa Debido a Indigencia, se considerará que usted ha renunciado a su derecho a tener una audiencia.

ONLINE REQUEST – If you have a Washington driver's license and a valid MasterCard or Visa credit card, you may be able to apply for a hearing online. For more information about hearings, including the online hearing application, please visit the DOL website at <http://www.dol.wa.gov/ds/hrnginfo.htm>.

SOLICITUD EN LÍNEA - Si usted tiene una licencia de conducir de Washington y una tarjeta de crédito válida MasterCard o Visa, es posible que pueda solicitar la audiencia en línea. Para mayor información acerca de las audiencias, incluyendo la solicitud en línea para una audiencia, por favor visite el sitio web del Departamento de Licencias en: <http://www.dol.wa.gov/ds/hrnginfo.htm>.

WRITTEN REQUEST – You may choose to request a hearing in writing. The request must be postmarked within thirty (30) days after receipt of this notice. When completed, mail request form and \$100 fee to: Department of Licensing, Hearings and Interviews, PO Box 9048, Olympia, WA 98507-9048

SOLICITUD POR ESCRITO - Usted puede decidir solicitar una audiencia por escrito. El sello del sobre de la solicitud debe marcar una fecha que se encuentre dentro del plazo de (30) días a partir de la fecha de recibo de éste aviso. Una vez que haya completado la solicitud, envíe la forma y la tasa de \$100 al: Department of Licensing, Hearings and Interviews, PO Box 9048, Olympia, WA 98507-9048

INDIGENCE – If applying for waiver of fee due to indigence, mail request form and fee waiver application to: Department of Licensing, Hearings and Interviews, PO Box 9031, Olympia, WA 98507-9031

INDIGENCIA - Si está solicitando que se le exima de pagar la tasa de \$100 debido a indigencia, envíe la forma de la solicitud junto con una petición de exoneración de la tasa al: Department of Licensing, Hearings and Interviews, PO Box 9031, Olympia, WA 98507-9031

Issues at a hearing are:

Las materias que se tratarán en la audiencia son:

1. Whether you were under lawful arrest.
1. Si usted se encontraba bajo arresto legal (o no).
2. Whether an officer had reasonable grounds to believe you had been driving or in actual physical control of a motor vehicle within this state while under the influence of intoxicating liquor or any drug, or whether an officer had reasonable grounds to believe you had been driving or in actual physical control of a motor vehicle within this state while having alcohol in your system of 0.02 or more and were under the age of twenty-one.
2. Si un oficial tenía motivos razonables (o no) para creer que usted había estado manejando o en control físico efectivo de un vehículo motorizado en este estado, mientras se encontraba bajo la influencia de alcohol embriagante o de alguna droga, o si un oficial tenía motivos razonables (o no) para creer que usted había estado manejando o en control físico efectivo de un vehículo motorizado en este estado, mientras se encontraba con 0.02 o más de alcohol en su organismo y era menor de veintiún años de edad.
3. Whether you were advised of your rights and warnings as required by RCW 46.20.308(2).
3. Si usted fue notificado de sus derechos y advertencias (o no) según lo requiere el CRW 46.20.308(2).
4. Whether you refused to submit to the test, or if the test was administered, whether the test indicated an alcohol concentration of 0.08 or more if you were age twenty-one or over, or 0.02 or more if you were under twenty-one.
4. Si usted se rehusó (o no) a someterse al análisis o, si se administró la prueba, si el análisis indicó (o no) una concentración alcohólica de 0.08 o más si usted tenía veintiún años de edad o más, o 0.02 o más si usted era menor de veintiún años.

ATTORNEY'S NAME (IF ANY) – DO NOT LIST PUBLIC DEFENDER NOMBRE DEL ABOGADO (SI LO HAY) - NO LISTE A UN ABOGADO DEFENSOR PÚBLICO		
ATTORNEY'S ADDRESS DIRECCIÓN DEL ABOGADO		
CITY / CIUDAD	STATE ESTADO	ZIP + 4 CÓDIGO POSTAL + 4
ATTORNEY'S PHONE NUMBER (Include Area Code) TELÉFONO DEL ABOGADO (Incluya el código)		
ATTORNEY'S FAX NUMBER (Include Area Code) NÚMERO DE FAX DEL ABOGADO (Incluya el código)		
ATTORNEY'S E-MAIL ADDRESS CORREO ELECTRÓNICO DEL ABOGADO		
ARRESTING AGENCY AGENCIA RESPONSABLE DEL ARRESTO		

YOUR SIGNATURE SU FIRMA		
PRINT YOUR NAME SU NOMBRE (CON LETRA DE IMPRENTA)		
YOUR MAILING ADDRESS SU DIRECCIÓN DE CORREOS		
YOUR CITY SU CIUDAD	STATE ESTADO	ZIP + 4 CÓDIGO POSTAL + 4
YOUR DAYTIME PHONE NUMBER (Include Area Code) SU TELÉFONO DURANTE EL DÍA (Incluya el código)		
YOUR FAX NUMBER (Include Area Code) SU NÚMERO DE FAX (Incluya el código)		
DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO	DATE / TIME OF ARREST FECHA/HORA DE ARRESTO	COUNTY OF ARREST CONDADO DEL ARRESTO
DRIVER'S LICENSE NUMBER NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR		STATE ESTADO

YOU ARE HEREBY ADVISED that if parties or witnesses are hearing or speech impaired and/or non-English speaking, a qualified interpreter will be appointed at no cost to you. Complete the following information if you need an interpreter.
POR MEDIO DE LA PRESENTE SE LE NOTIFICA que si las partes o los testigos tienen limitaciones de audición o de lenguaje o si no hablan inglés, se les asignará un intérprete calificado, sin costo para usted. Complete la siguiente información si necesita intérprete.

<input type="checkbox"/> I need an interpreter / Sí, necesito un intérprete	<input type="checkbox"/> Hearing impaired / Problemas de Audición
Primary Language / Idioma Principal:	Dialect / Dialecto:

DETACH & CARRY WITH YOUR MARKED LICENSE
CORTE AQUÍ Y CONSERVE ESTA PORCIÓN CON SU LICENCIA MARCADA

Any license in your possession, as marked by the arresting officer, is only valid for 60 days from the date of arrest or until the Department's action is upheld at a hearing, whichever occurs first. Any marked license is not valid to any greater degree than the license or permit it replaces.

Cualquier licencia que tenga en su posesión, que le haya marcado el agente de policía de arresto, solamente es válida por 60 días a partir de la fecha del arresto o hasta que la acción del Departamento haya sido ratificada en una audiencia, según lo que ocurra primero. La licencia marcada no tiene mayor validez que la licencia o el permiso que reemplaza.

Date of Arrest: Fecha del Arresto:	
--	--



APPLICATION FOR
WAIVER OF HEARING FEE

If you have been charged with a crime arising out of your arrest for DUI, and have been denied a court-appointed attorney because you are not indigent, you are not eligible for waiver of the hearing fee. In such case, a check for \$100 must accompany your hearing request. If you have not been denied court-appointed counsel for this reason, mail this completed application to Department of Licensing, Hearings and Interviews, PO Box 9031, Olympia, WA 98507-9031. Applications for hearings must be made within 30 days of the date you received the notice of your right to a hearing.

NAME (Last, First, Middle Initial)	DRIVER'S LICENSE NUMBER		DATE OF ARREST
STREET ADDRESS			
CITY	STATE	ZIP CODE	DAYTIME (AREA CODE) PHONE NUMBER ()
CHECK ANY STATEMENT BELOW THAT IS TRUE:			
<input type="checkbox"/> The court has appointed a public defender to represent me on the charge arising out of the arrest for which I am requesting a Department of Licensing administrative hearing. <i>A copy of court appointment is attached.</i>			
<input type="checkbox"/> I am currently involuntarily committed to a public mental health facility. <i>Order is attached.</i>			
<input type="checkbox"/> I am receiving:		<input type="checkbox"/> temporary assistance for needy families <input type="checkbox"/> general assistance <input type="checkbox"/> poverty-related veteran's benefits <input type="checkbox"/> food stamps	<input type="checkbox"/> refugee resettlement benefits <input type="checkbox"/> medicaid <input type="checkbox"/> supplemental security income
<i>Documentation of the receipt of benefits is attached.</i>			
If any of the above statements are true, complete the Affidavit below and submit with your hearing request. If none of the above are true, continue and complete the following:			
ELIGIBILITY INFORMATION			
Total number of persons in your household (<i>include self</i>)			
If under age 21, does applicant live with parents?			
If "Yes," state name of parent(s) with whom juvenile resides and answer questions below for parent(s).			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Monthly Income			
Self and spouse's monthly take-home pay			\$ _____
Contribution for any family member or other person with whom applicant lives, and who is helping to defray applicant's basic living costs			\$ _____
Interest, dividends, or other income (<i>specify</i>)			\$ _____
Pensions, annuities, social security and/or public assistance (<i>specify</i>)			\$ _____
Monthly Expenses			
Basic living costs (<i>average monthly amount spent by applicant for shelter, food, utilities, health care, transportation, clothing, loan payments, support payments and court-imposed obligations</i>)			\$ _____
Other unusual expenses, including bail obligations (<i>specify</i>)			\$ _____
Liquid Assets			
Cash, savings, bank accounts, including joint accounts			\$ _____
Stocks, bonds, certificates of deposit			\$ _____
Equity in real estate			\$ _____
Equity in motor vehicle necessary to maintain employment			\$ _____
Equity in additional motor vehicles			\$ _____

AFFIDAVIT: I declare under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the information provided on this application is true and correct and that I have not been denied a court-appointed attorney for financial reasons. I authorize the Department of Licensing to verify all information provided here, which may include a credit report.

x

SIGNATURE

DATE SIGNED

PLACE SIGNED

The Department of Licensing has a policy of providing equal access to its services. If you need special accommodation, call (360) 902-3900 or TTY (360) 664-0116.
HRNG-525-001 APP FOR WAIVER OF HEARING FEE (R/4/03)OR/W Page 2 of 2

FOR DEPARTMENT USE ONLY

Approved Denied By _____



SOLICITUD DE EXONERACIÓN DEL PAGO DE LA TASA DE AUDIENCIAS

Si usted ha sido acusado de un delito a raíz a su arresto por manejar bajo la influencia, y se le ha negado un abogado designado por el tribunal por no ser indigente, usted no es elegible para la exención del arancel de audiencias. En tal caso, su solicitud de audiencia debe ser enviada con un cheque por \$100. Si a usted no se le ha negado un abogado designado por esta razón, complete esta solicitud y envíela por correo a to Department of Licensing, Hearings and Interviews, PO Box 9031, Olympia, WA 98507-9031. La solicitud para la audiencia tiene que ser presentada dentro del plazo de 30 días a partir de la fecha en que recibió el aviso de su derecho a una audiencia.

NAME (Last, First, Middle Initial) NOMBRE (Apellido, Nombre, Inicial del Segundo Nombre)	DRIVER LICENSE NUMBER NUMERO DE LICENCIA	DATE OF ARREST FECHA DE ARRESTO	
STREET ADDRESS DIRECCION			
CITY CIUDAD	STATE ESTADO	ZIP CODE CODIGO POSTAL	DAYTIME TELEPHONE NUMBER TELEFONO DURANTE EL DIA ()
MARQUE CUALESQUIERA DE LAS AFIRMACIONES DE ABAJO QUE SEAN CIERTAS:			
<input type="checkbox"/> La corte me ha designado un abogado público para que me represente por la acusación presentada en mi contra a raíz del arresto por el cual estoy solicitando una audiencia administrativa ante el Departamento de Licencias. <i>Se adjunta copia de la designación hecha por la corte.</i>			
<input type="checkbox"/> Actualmente me encuentro involuntariamente recluido en un centro público de salud mental. <i>Se adjunta la orden.</i>			
<input type="checkbox"/> Estoy recibiendo: <input type="checkbox"/> asistencia temporal para familias necesitadas <input type="checkbox"/> asistencia general <input type="checkbox"/> subsidios de pobreza para veteranos <input type="checkbox"/> cupones de alimentos		<input type="checkbox"/> subsidios de reasentamiento de refugiados <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> ingresos complementarios del seguro social (SSI)	
Se adjunta documentación del recibo de subsidios (asistencia).			
Si alguna de las afirmaciones antedichas es cierta, complete la Declaración Jurada de abajo y preséntela con su solicitud de audiencia.			
Si nada de lo antedicho es cierto, continúe y complete lo siguiente:			
INFORMACION DE ELIGIBILIDAD			
Total del número de personas en su casa (<i>incluyase usted</i>)			
Si es menor de 21, ¿el solicitante vive en casa con sus padres?			
Si es "Sí," aliste el nombre del padre, madre, o de ambos con quién vive el menor y responda las preguntas de abajo acerca del padre, madre, o de ambos.			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Ingreso Mensual			
Sueldo neto mensual propio y del cónyuge \$			
Contribución para algún familiar u otra persona con quien vive el solicitante, y que este ayudando a sufragar las necesidades de vida básicas del solicitante \$			
Intereses, dividendos, u otro ingreso (<i>especifique</i>) \$			
Pensiones, anualidades, seguro social y/o asistencia pública (<i>especifique</i>) \$			
Gastos Mensuales			
Necesidades de vida básicas (<i>promedio mensual gastado por el solicitante en vivienda, comida, servicios públicos, salud, transporte, ropa, pagos de préstamos, pagos de manutención, y compromisos impuestos por los tribunales</i>) \$			
Otros gastos fuera de lo común, incluyendo fianzas (<i>especifique</i>) \$			
Activo Líquido			
Efectivo, ahorros, cuentas bancarias, incluyendo cuentas conjuntas \$			
Acciones bonos, certificados de depósitos \$			
Capital en bienes raíces \$			
Capital en el vehículo motorizado necesario para mantener el empleo \$			
Capital en otros vehículos motorizados \$			

DECLARACION JURADA: Yo declaro bajo la pena por perjurio de las leyes del estado de Washington que la información proporcionada en esta solicitud es correcta y verdadera, y que no se me ha negado un abogado designado por los tribunales por razones financieras. Yo autorizo al Departamento de Licencias a verificar toda la información aquí proporcionada, lo cual puede incluir un informe crediticio.

X

FIRMA

FECHA FIRMADO

LUGAR FIRMADO

*La política del Departamento de Licencias es proporcionar acceso a sus servicios por igual.
Si usted necesita arreglos especiales, llame al (360) 902-3900 o TTY (360) 664-0116.
HRNG-525-001 APP FOR WAIVER OF HEARING FEE (R/4/03)OR/W Page 2 of 2*

FOR DEPARTMENT USE ONLY

Approved Denied By _____